Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Gmina Połaniec/Centrum Usług Społecznych w Połańcu**
Nr umowy	**FESW.09.04.-IZ.00-0003/23**
Tytuł projektu	**Centrum Usług Społecznych w Połańcu**
Wykonawca	**Stowarzyszenie Aktywności Lokalnej „BEZ GRANIC" Połaniec, ul. Kościuszki 37, 28-230 Połaniec**
Forma wsparcia	**Mobilne usługi fryzjerskie**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Miejsce zamieszkania Uczestnika Projektu**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczest-ników	Prowadzący (imię i nazwisko)
6.10.2026r.	9:00-10:00	1	1	Tomasz Lipiński
6.10.2026r.	10:30-11:30	1	1	Tomasz Lipiński
6.10.2026r.	12:00-13:00	1	1	Tomasz Lipiński
13.10.2026r.	9:00-10:00	1	1	Tomasz Lipiński
13.10.2026r.	10:30-11:30	1	1	Tomasz Lipiński
13.10.2026r.	12:00-13:00	1	1	Tomasz Lipiński

13.10.2026r.	13:30-14:30	1	1	Tomasz Lipiński
13.10.2026r.	15:00-16:00	1	1	Tomasz Lipiński
20.10.2026r.	9:00-10:00	1	1	Tomasz Lipiński
20.10.2026r.	10:30-11:30	1	1	Tomasz Lipiński
20.10.2026r.	12:00-13:00	1	1	Tomasz Lipiński
27.10.2026r.	9:00-10:00	1	1	Tomasz Lipiński
27.10.2026r.	10:30-11:30	1	1	Tomasz Lipiński
27.10.2026r.	12:00-13:00	1	1	Tomasz Lipiński
27.10.2026r.	13:30-14:30	1	1	Tomasz Lipiński
27.10.2026r.	16:00-17:00	1	1	Tomasz Lipiński

25.09.2026r. Joanna Maj

Data i podpis osoby sporządzającej: